



STADT WUPPERTAL

Konzept zur Umsetzung der Vorplanungen für örtliche und
überörtliche MANV-Lagen





1 INHALT

2	Einleitung	5
3	Einsatzleitung.....	6
3.1	Einsätze des Rettungsdienstes mit mehreren Patienten	6
3.2	Einsatzleitung im MANV- Einsatz	7
4	Organisation der Einsatzstelle	7
4.1	Einsatzabschnitte.....	7
4.2	Einsatzabschnitt medizinische Rettung.....	8
4.2.1	Führung	12
4.2.2	Standardmodule.....	13
4.2.3	Erweiterte Module	14
5	Aufgabenverteilung	15
5.1	Ersteintreffende Kräfte.....	15
5.2	Einsatzabschnittsleitung Medizinische Rettung.....	15
5.2.1	Einsatzunterabschnittsleitung Erstversorgung	17
5.2.2	Führung Patientenablage	17
5.2.3	Einsatzunterabschnittsleitung Transportorganisation	17
5.2.3.1	Krankenhauszuweisung	18
5.2.3.2	Rettungsmittelzuweisung	18
5.2.3.3	Ladezone	18
5.3	Bereitstellungsraum	19
5.4	BHP-B-50 NRW – Anforderung einer externen Behandlungsplatz-Bereitschaft	20
6	Betreuung	20
6.1	Betreuung als Einsatzabschnitt	20
6.2	BTP-B 500 NRW – Anforderung einer externen Betreuungsplatz-Bereitschaft.....	21
6.3	Betreuung als Einsatzunterabschnitt	21
6.4	Psychosoziale Notfallversorgung- PSNV.....	21
7	Personenauskunftsstelle.....	22
8	Alarm- und Ausrückeordnung	23
9	Alarmierung Telekom AlarmRuf	29



9.1	Dienstfreie Kräfte der Berufsfeuerwehr	29
9.2	Notärzte.....	29
9.3	Hilfsorganisationen.....	29
10	BHP-B 50 NRW Wuppertal	30
10.1	Grundsätze	30
10.2	Struktur.....	30
10.2.1	Führung	30
10.2.2	Eingangssichtung.....	31
10.2.3	Behandlungsbereiche I bis IV	31
10.2.4	Transportorganisation	32
10.2.5	Technik und Logistik.....	33
10.3	Kräfteübersicht.....	36
11	PT-Z 10 NRW Wuppertal	37
11.1	Grundsätze	37
11.2	Struktur.....	37
11.3	Führung	37
12	Ü-MANV-S-Komponente Wuppertal.....	38
12.1	Grundsätze	38
12.2	Ressourcen	38
12.3	Führung	38
13	Kommunikation.....	38
13.1	Kommunikation im MANV-Einsatz.....	39
13.2	Kommunikation BHP-B 50 NRW	40
14	Dokumentation	41
15	Anlagen	42



Versionsangabe:

Version 1.1 Stand 14.06.2024

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.



2 EINLEITUNG

Seit der Etablierung der ersten strukturierten Konzepte zur Abarbeitung von Einsatzstellen mit vielen verletzten oder erkrankten Personen, haben sich die strategischen Ansätze und deren taktische Umsetzung durch die Erfahrungen aus verschiedenen Realeinsätzen stetig weiterentwickelt. Mehrere Bundesländer haben Rahmenkonzepte entwickelt bzw. Alarmierungsschwellen für den MANV-Fall definiert. So hat auch Nordrhein-Westfalen das Landeskonzept der überörtlichen Hilfe NRW „Sanitätsdienst und Betreuungsdienst“ per Erlass eingeführt und die Arbeitsgemeinschaft der Leiter der Berufsfeuerwehren NRW (AGBF NRW) zusammen mit dem Verband der Feuerwehren in NRW (VdF NRW) ein „Schutzziel MANV“ für Nordrhein-Westfalen definiert.

Demnach hat jede Gebietskörperschaft in Nordrhein-Westfalen mit eigenen Kräften und überörtlicher Unterstützung Einsatzmaßnahmen für die Erstversorgung und den Transport von bis zu 50 Patienten vorzuplanen. Des Weiteren treffen die Gebietskörperschaften mit Kräften der Feuerwehren, des Rettungsdienstes und den Einsatzeinheiten der Hilfsorganisationen Vorplanungen zur überörtlichen Stellung einer Behandlungsplatzbereitschaft BHP-B 50 NRW, eines Betreuungsplatzes BTP-B 500 NRW und eines Patiententransportzuges PT-Z 10 NRW. Ebenso ist die nachbarschaftliche Soforthilfe aus dem Rettungsdienst (Ü-MANV-S) als fest definierte Komponente zur überörtlichen Unterstützung weit verbreitet. Die Einbeziehung überörtlicher Kräfte in die kommunalen Konzepte zum Umgang mit MANV-Einsatzstellen stellt somit die Regel und nicht die Ausnahme dar. Unter Beachtung der „golden hour of shock“ profitieren Patienten mit bestimmten Verletzungsmustern am meisten von einem zügigen Transport zu einer geeigneten Behandlungseinrichtung, da auch eine umfangreiche präklinische Therapie keine signifikante Verbesserung der Überlebenschancen bietet. Dazu ist es notwendig, dass die im ersten Abmarsch verfügbaren Einsatzkräfte möglichst effizient eingesetzt werden.

Die zur Verfügung stehenden kommunalen Ressourcen und vorgeplanten überörtlichen Einheiten müssen flexibel und modular einer entsprechenden Anzahl von Patienten gegenübergestellt werden. Eine temporäre Abkehr von einer individualmedizinischen Versorgung ist nach wie vor nötig, da ja gerade das Missverhältnis von verfügbaren Ressourcen und zu versorgenden Personen eine charakteristische Ausprägung des MANV darstellt. Die Unterteilung in Standardmodule, die regelmäßig durch Kräfte des Tagesgeschäftes abgebildet werden, sowie in erweiterte Module, welche die Standardmaßnahmen bedarfsgerecht ergänzen können, erlaubt eine flexible Anpassung an verschiedenen MANV-Szenarien.

Dieses Konzept enthält sowohl Vorgaben zum Vorgehen an MANV-Einsatzstellen innerhalb des Stadtgebietes als auch zum Aufbau und zur Organisation der Ü-MANV-S-Komponente, des PT-Z 10 und der Behandlungsplatzbereitschaft Wuppertal.



3 EINSATZLEITUNG

Die Übernahme von Führungsaufgaben zu einem möglichst frühen Zeitpunkt ist eine elementare Voraussetzung für einen erfolgreichen Einsatzverlauf. Die Notwendigkeit hierzu ergibt sich bereits im rettungsdienstlichen Alltag, gilt aber insbesondere auch für Einsätze mit einer Vielzahl von verletzten bzw. erkrankten Personen. Gerade bei MANV-Einsätzen entsteht ein erheblicher Koordinierungsbedarf zwischen den verschiedenen beteiligten Organisationen. Eine einheitliche Führung ermöglicht ein abgestimmtes Vorgehen unter Beachtung aller zu erledigender Aufgaben. Dies betrifft auch die Presse- und Medienarbeit. Jegliche Information von Presse- und Medienvertretern über Einsatzlagen nach diesem Konzept, findet ausschließlich über die Gesamteinsatzleitung, einen benannten Pressesprecher der Feuerwehr Wuppertal oder die Pressestelle der Stadt Wuppertal statt.

Um eine konsistente Wahrnehmung der Einsatzleitung zu gewährleisten, ist es notwendig, dass alle Mitarbeiter Kenntnis über die Organisationsstruktur einer MANV-Einsatzstelle haben und den Führungsfunktionen die ihnen vor- und nachgeordneten Stellen bekannt sind.

3.1 EINSÄTZE DES RETTUNGSDIENSTES MIT MEHREREN PATIENTEN

Im rettungsdienstlichen Alltag kommt es regelmäßig zu Einsätzen mit mehreren Patienten. Welche Anzahl von Betroffenen eine Abkehr von einer individualmedizinischen Versorgung notwendig macht, ist entscheidend von der örtlichen Struktur und Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes abhängig.

Für die Stadt Wuppertal liegt die Grenze für die regelhafte Arbeit in MANV-Strukturen bei 5 Patienten. Je nach Schwere der Verletzungen, den örtlichen Gegebenheiten und den unmittelbar verfügbaren Rettungsmitteln trifft die vor Ort tätige Einsatzleitung die Entscheidung zur Auslösung eines MANV-Alarmstichwortes.

Ab einer Alarmierung von 2 RTW und 2 NEF zu einer Einsatzstelle werden die Ressourcen um einen C-Dienst als Organisatorischer Leiter Rettungsdienst (OrgL) und den Leitenden Notarzt (LNA) ergänzt. Die Rettungsmittelkette des höchstmöglichen Alarmstichwortes zur medizinischen Individualversorgung besteht aus dem B-Dienst, einem C-Dienst als OrgL, dem LNA, 4 Rettungswagen (RTW) sowie 4 Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF). Werden der Leitstelle vor der Erstalarmierung mehr als 4 Patienten / Verletzte gemeldet, so ist der Einsatz von Beginn an mit einem MANV-Alarmstichwort zu eröffnen.



3.2 EINSATZLEITUNG IM MANV- EINSATZ

Die Einsatzleitung bei Ereignissen mit einer größeren Anzahl Verletzter oder Erkrankter obliegt dem von der Gemeinde bestellten Einsatzleiter. Er leitet und koordiniert alle Einsatzmaßnahmen und ist gegenüber allen eingesetzten Kräften weisungsbefugt. In Wuppertal ergibt sich die Einsatzleitung nach dem tagesaktuellen Dienstplan im Zusammenhang mit der Alarm- und Ausrückeordnung. Die rechtlichen Grundlagen zur Einsatzleitung finden sich in § 2 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 RettG NRW, § 33 BHKG NRW und § 37 BHKG NRW.

Handelt es sich bei dem Schadenereignis um eine Großeinsatzlage oder Katastrophe nach § 1 Abs.2 S.1 bzw. § 1 Abs.2 S.2 BHKG NRW, so wird unter der Führung des politisch Gesamtverantwortlichen ein Krisenstab und eine Einsatzleitung gebildet. Nach dem RdErl. des MIK vom 04.10.2013, „Krisenmanagement durch Krisenstäbe im Lande Nordrhein-Westfalen bei Großschadensereignissen, Krisen und Katastrophen“ arbeiten sich die beiden Stäbe getrennt voneinander zu. Während der Krisenstab administrativ-organisatorische Aufgaben erfüllt, obliegen der Einsatzleitung alle operativ-taktischen Maßnahmen. Der Aufbau der Einsatzleitung bestimmt sich nach den Vorgaben der FwDV 100.

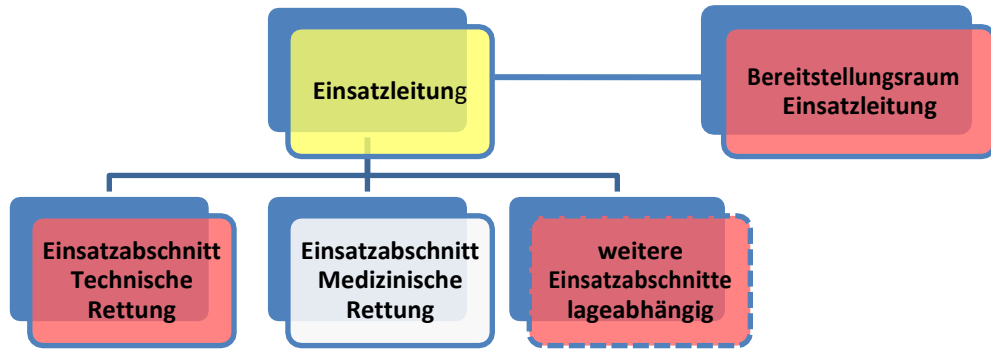
4 ORGANISATION DER EINSATZSTELLE

Grundsätzlich gibt es verschiedene denkbare Szenarien, die zu Einsätzen mit einer großen Anzahl von verletzten und / oder erkrankten Personen führen können. In aller Regel ergeben sich aber unabhängig vom eigentlichen Grund des Schadenereignisses regelmäßig ähnliche Aufgabenfelder für die Kräfte der nichtpolizeilichen Gefahrenabwehr. Somit lassen sich MANV- Einsatzstellen auch relativ präzise im Vorfeld in entsprechende Einsatzabschnitte (EA) und Einsatzunterabschnitte (EUA) unterteilen.

4.1 EINSATZABSCHNITTE

Die Einsatzabschnitte bilden innerhalb der Organisationsstruktur die erste Ebene unterhalb der Einsatzleitung. Jeder Abschnitt wird durch einen Einsatzabschnittsleiter geführt. Aufgaben und Aufträge werden i.d.R. im Rahmen der Auftragstaktik eigenständig und ergebnisverantwortlich abgearbeitet. Im MANV-Einsatz werden normalerweise mindestens die Einsatzabschnitte „Technische Rettung“, „Medizinische Rettung“ sowie „Bereitstellungsraum Einsatzleitung“ gebildet.

Es gibt auch einzelne denkbare MANV-Lagen, die keine Bildung des Einsatzabschnitts „Technische Rettung“ erforderlich machen, z.B. eine gleichzeitige virale Erkrankung vieler Bewohner eines Altenheims.



Im Einsatzabschnitt „Technische Rettung“ werden alle Maßnahmen durchgeführt, die der Gefahrenbeseitigung an der Einsatzstelle für Menschen, Tiere, die Umwelt und Sachwerte dienen. Exemplarisch sei hier die Rettung von Menschen aus lebensbedrohlichen Zwangslagen, die Durchführung einer Brandbekämpfung oder die Rettung aus Höhen und Tiefen genannt. Die Durchführung der Gefahrenabwehr bildet oftmals die Grundlage für die weitere Versorgung von Personen im Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“. Wichtig ist, dass die Schnittstellen dieser beiden Einsatzabschnitte ausreichend genau kommuniziert werden. So muss insbesondere der Punkt der Patientenübergabe exakt definiert, und allen Beteiligten bekannt sein. Einsatzabschnitte können bei Bedarf noch in weitere Einsatzunterabschnitte gegliedert werden.

4.2 EINSATZABSCHNITT MEDIZINISCHE RETTUNG

Dem Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ kommt eine wesentliche Bedeutung bei der Strukturierung einer MANV- Einsatzstelle zu. Die Arbeitsabläufe innerhalb dieses Abschnitts tragen wesentlich zum gesamten Einsatzerfolg bei. Grundsätzlich lassen sich die wichtigsten Aufgaben anhand der sog. PEST-Regel verdeutlichen:

- P**riorisierung durchführen
- E**rstversorgung sicherstellen
- S**ofort- Transporte sicherstellen
- T**ransport aller weiteren Patienten organisieren

1. Priorisierung durchführen

Die ersteintreffenden Kräfte müssen sich zunächst einen kurzen Überblick über die Einsatzstelle und die Anzahl betroffener Personen verschaffen. Danach ist eine erste qualifizierte Rückmeldung an die Leitstelle zu geben. Des Weiteren ist zu prüfen, ob und wie die Patientenablage(n) zu strukturieren

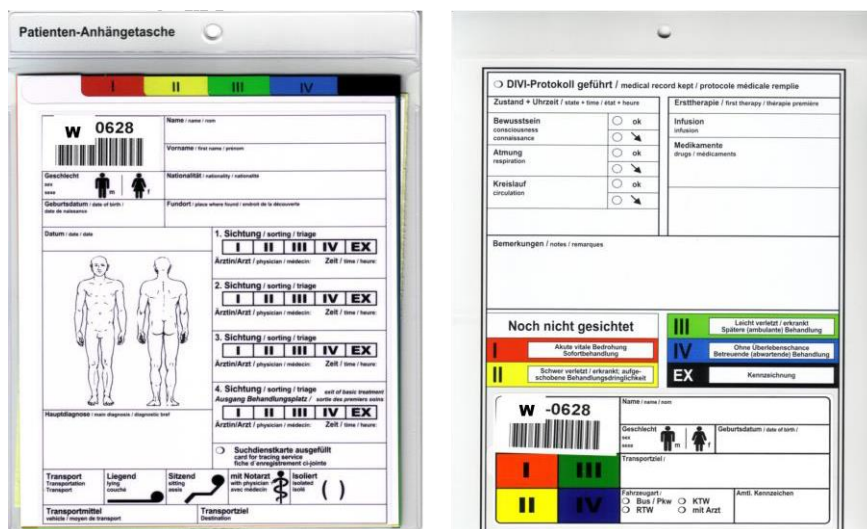


ist. Zur Priorisierung aller weiteren Maßnahmen ist schnellstmöglich mit der Sichtung bzw. Vorsichtung aller betroffenen Personen zu beginnen.

Die Definition der beiden Begriffe findet sich in der DIN 13050:

1. „Vorsichtung ist die schnellstmögliche Identifizierung von vital bedrohten Patienten, die lagebedingt als erste eindeutig gekennzeichnet werden. Es handelt sich um eine vorläufige Zustandsbeurteilung, die von Ärzten und Nicht-Ärzten durchgeführt und von einer ärztlichen Sichtung gefolgt wird.“
2. „Sichtung ist die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie Zeitpunkt, Art und Ziel des Abtransportes.“

Die Kennzeichnung von Patienten erfolgt ausschließlich mit den Patienten- Anhängetaschen (PAT).

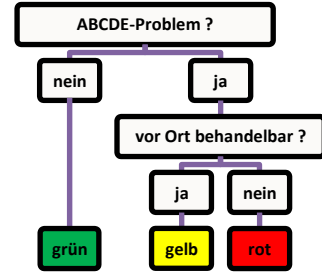
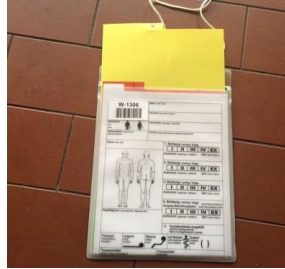


Das Ergebnis einer ärztlichen Sichtung wird durch das Stecken der entsprechenden farbigen Karte kenntlich gemacht. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer ergänzenden, taktischen Kennzeichnung von Patienten. Dazu werden Buchstabenkürzel gut lesbar auf der Vorderseite im Feld „Hauptdiagnose“ der PAT notiert. Folgende Kennzeichnungen sind möglich:

- **TP**, bei gesteckter roter Karte: Patient mit Transportpriorität
- **B**, bei gesteckter weißer Karte: Unverletzt betroffene Person
- **K**, bei kontaminierten Patienten



Erfolgt die Sichtung zunächst ohne ärztliche Beteiligung, so ist die dem Vorsichtungsergebnis entsprechende Farbkarte zur Hälfte aus der PAT zu ziehen. Die ärztliche Sichtung muss dann zu einem späteren Zeitpunkt, ggf. auch erst in der Behandlungseinrichtung, nachgeholt werden. Die Durchführung der Vorsichtung durch nichtärztliches Personal erfolgt in Wuppertal anhand des ABCDE- Schemas. Somit werden auch nicht-chirurgische Patienten zuverlässig erfasst.



Die Bedeutung der einzelnen Sichtungskategorien wurde 2012 durch die Konsensus-Konferenz wie folgt festgelegt:

Kategorie	Beschreibung	2012 Konsequenz
I (rot)	Vital bedroht	Sofortbehandlung
II (gelb)	Schwer verletzt / erkrankt	Dringliche Behandlung
III (grün)	Leicht verletzt / erkrankt	Nicht-dringliche Behandlung
IV (blau)	Ohne Überlebenschance	Palliative Versorgung
EX (schwarz)	Tot	

Die Sichtungskategorie IV wird regulär nicht genutzt. Alle Patienten, welche aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für eine Einteilung in Kategorie IV erfüllen, werden der Kategorie I zugeordnet. Abweichungen von dieser Regelung bedürfen der Zustimmung des Hauptverwaltungsbeamten, der sich im Regelfall mit den Leitern des operativ-taktischen Stabes (Einsatzleitung) und des Krisenstabes abstimmen wird.

Nur eine möglichst frühzeitige (Vor-)Sichtung stellt sicher, dass vital bedrohte Patienten mit Transportpriorität auch schnellstmöglich einer klinischen Behandlung zugeführt werden können. Eine Transportpriorität ist immer dann gegeben, wenn der Patient aufgrund seiner Verletzungsmuster ausschließlich durch eine klinische Therapie gerettet werden kann bzw. schwere gesundheitliche Schäden abgewendet werden können. Die Identifikation und der umgehende Transport eben dieser Patienten ist die wichtigste Aufgabe in der Frühphase eines MANV-Einsatzes.

Es darf keine Verzögerung notwendiger Transporte wegen noch nicht etablierter Einsatzstellenstrukturen geben.



Bereits während der Sichtung bzw. Vorsichtung sind von den ersteintreffenden Kräften lebenserhaltende Sofortmaßnahmen durchzuführen. Die Durchführung dieser Maßnahmen benötigt wenig Zeit, sichert den Betroffenen aber zunächst das Überleben. Die bei MANV-Ereignissen in Frage kommenden Sofortmaßnahmen sind im Einzelnen:

- Stillen lebensbedrohlicher Blutungen (Druckverband / Tourniquet)
- Lagerung (Stabile Seitenlage / Schocklage)
- Freihalten der Atemwege (Reklination, digitales Ausräumen, Guedeltubus)

2. Erstversorgung sicherstellen

Nach der Priorisierung muss die Erstversorgung in der Patientenablage sichergestellt werden. Um einen Anhaltspunkt für das Erreichen eines angemessenen Kräfteansatzes zur Erstversorgung innerhalb einer Patientenablage zu haben, werden die folgenden Annahmen der weiteren Planung für die Erstversorgung von 10 Patienten zugrunde gelegt:

- **4 Verletzte Kategorie I (40%) – Erstversorgung durch 2 NA, 4 NotSan/ RA/ RS (2 RTW, 2 NEF)**
- **2 Verletzte Kategorie II (20%) – Erstversorgung durch 2 NotSan/ RA/ RS (1 RTW)**
- **4 Verletzte Kategorie III (40%) – Erstversorgung durch 2 RS/ RH (1 KTW)**

Somit sind für die Erstversorgung von 10 Patienten planerisch 3 RTW, 2 NEF und 1 KTW nötig. Sollte das tatsächliche Verhältnis von der planerischen Grundannahme stark abweichen, so ist der Ressourcenansatz überschlägig anzupassen. Liegt ein starkes Missverhältnis zwischen den alarmierten und den benötigten Einsatzkräften vor, muss nach einer entsprechenden Rückmeldung das Alarmstichwort den tatsächlichen Gegebenheiten angepasst werden.

Sobald die Erstversorgung in der Patientenablage sichergestellt ist, können Ressourcen für die Durchführung von Sofort-Transporten genutzt werden. Bei mehreren vorhandenen Patientenablagen muss die Erstversorgung jeder einzelnen Patientenablage gesichert sein.

3. Sofort-Transporte sicherstellen

Unter der Annahme, dass es bei einem MANV-Ereignis immer Patienten gibt, deren Art und Schwere der Verletzungen einen schnellstmöglichen Transport in eine Behandlungseinrichtung notwendig macht, sind alle Rettungsmittel, die nach Sicherstellung der Erstversorgung in den Patientenablagen die Einsatzstelle oder den Bereitstellungsraum erreichen, zunächst für die Durchführung von Sofort-Transporten vorzuplanen.

Zur zeitnahen Durchführung dieser Transporte, bedarf es, möglichst schnell nach der Sichtung in der Patientenablage, der Zuordnung einer geeigneten Behandlungskapazität und eines geeigneten Rettungsmittels. Diese Aufgaben fallen grundsätzlich in den Bereich der Transportorganisation. Die



Struktur dieses Einsatzunterabschnitts muss ebenfalls bereits in der Frühphase eines MANV-Einsatzes aufgebaut und in Betrieb genommen werden. Durch die Nutzung eines Ticketsatzes ist eine schnelle Zuordnung von Behandlungskapazitäten zu rot gesichteten Patienten mit Transportpriorität möglich. Der Sofort-Transport dieser Patienten kann und soll schon vor der vollen Funktionsfähigkeit des Einsatzunterabschnitts „Transportorganisation“ durchgeführt werden.

4. Transporte aller weiteren Patienten organisieren

Um einen geregelten und zeitnahen Abtransport aller Patienten zu gewährleisten, ist ein möglichst frühzeitig funktionsfähiger Einsatzunterabschnitt „Transportorganisation“ zu bilden. Hier werden die Aufgaben der Krankenhauszuweisung, der Rettungsmittelzuweisung sowie die Einrichtung einer Ladezone wahrgenommen.

Die Reihenfolge des Abtransportes richtet sich nach medizinischen Gesichtspunkten, die sich in der Sichtungskategorie widerspiegeln. Zunächst sind alle rot gesichteten Patienten mit Transportpriorität einer geeigneten Behandlungseinrichtung zuzuführen. In Folge werden dann die Patienten der Sichtungskategorien I, II und schließlich III transportiert.

4.2.1 FÜHRUNG

Der Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ wird regelmäßig durch eine Doppelspitze geführt. Diese Besonderheit ergibt sich aus der zwingenden Notwendigkeit, die regulären Aufgaben der Einsatzabschnittsleitung um umfangreiche ärztliche Fachkenntnisse zur Beurteilung der medizinischen Lage zu erweitern. Demnach wird der Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ gemeinsam durch den Leitenden Notarzt (LNA) und einen Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL), der i.d.R. durch einen diensthabenden C-Dienst der Berufsfeuerwehr gestellt wird, geführt. Dabei kommen beiden Funktionen unterschiedliche Aufgabenbereiche zu.

Die Funktion des Leitenden Notarztes wird im § 7 Abs. 4 S. 1 RettG NRW ausdrücklich gefordert. Dieser nimmt im Einsatz medizinisch-organisatorische Aufgaben wahr.

Die Funktion des Organisatorischen Leiters Rettungsdienst ergibt sich abstrakt aus dem § 7 Abs. 4 S. 2 RettG NRW sowie aus den Vorgaben der sanitäts- und betreuungsdienstlichen Konzepte des Landes NRW. Der OrgL nimmt im Einsatz operativ-taktische sowie organisatorische Aufgaben wahr.

Bestimmte Aufgaben des LNA und des OrgL müssen auch schon durch die ersteintreffende NEF-Besatzung wahrgenommen werden, sofern die originären Führungskräfte noch nicht vor Ort sind. Des Weiteren ergibt sich für die ersteintreffenden Kräfte die Notwendigkeit einer möglichst frühzeitigen Sichtung aller Patienten und der Durchführung von ggf. notwendigen lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen. Das Ergebnis der Sichtung ist notwendige Grundlage für viele durchzuführende Führungs-



aufgaben, insbesondere des LNA. Um vital bedrohte Patienten mit Transportpriorität schnell einer Behandlungseinrichtung zuführen zu können, darf von den ersteintreffenden Kräften der Beginn von Sichtungmaßnahmen nicht unter der Erwartung von wahrzunehmenden Führungsaufgaben unterbleiben.

Alle Funktionen mit Führungsaufgaben haben sich durch das Tragen entsprechender Überwurfwesten kenntlich zu machen.

4.2.2 STANDARDMODULE

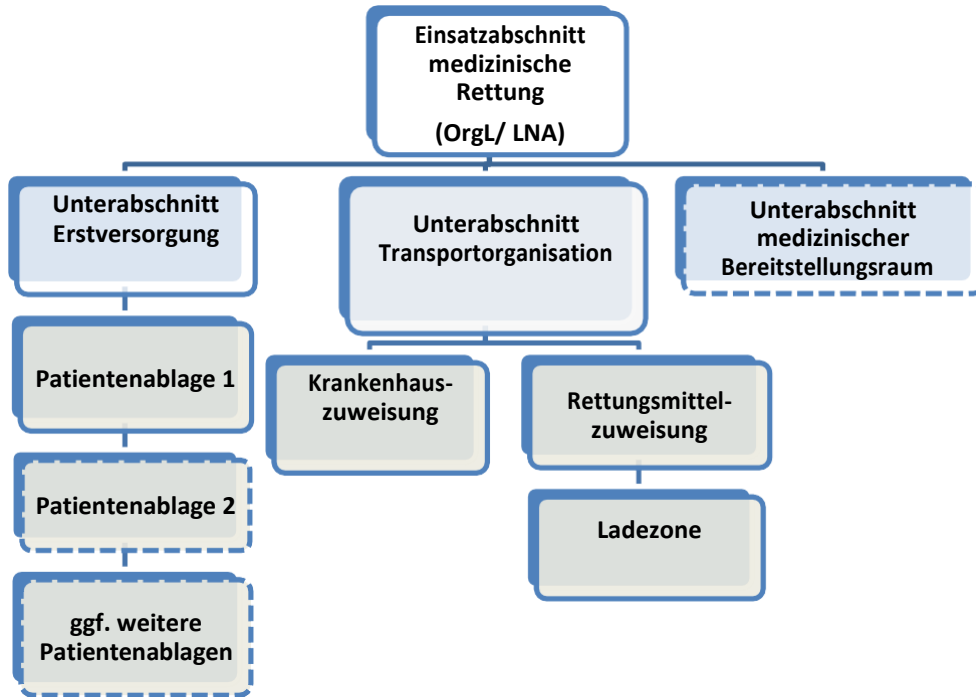
Der Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ untergliedert sich in weitere Einsatzunterabschnitte. Dabei gibt es Einsatzunterabschnitte, die standardisiert gebildet werden, und solche, die optional gebildet werden können. Einige optionale Aufgaben werden bei Bedarf organisatorisch als eigener Einsatzabschnitt geführt. Die zwingend notwendigen Einsatzunterabschnitte werden im Folgenden „Standardmodule“ genannt. Standardmodule des Einsatzabschnitts „Medizinische Rettung“ sind:

- EUA Erstversorgung
- EUA Transportorganisation
- EUA Bereitstellungsraum

Im Einsatzunterabschnitt „Erstversorgung“ werden alle Patientenablagen geführt. Gibt es an der Einsatzstelle nur eine Patientenablage, so sind die Aufgaben der Leitung des Einsatzunterabschnitts „Erstversorgung“ und der Führung der Patientenablage identisch.

Der Einsatzunterabschnitt „Transportorganisation“ hat die Aufgaben der Krankenhauszuweisung, der Rettungsmittelzuweisung sowie des Betriebs der Ladezone wahrzunehmen.

Im Einsatzunterabschnitt „Bereitstellungsraum“ werden alle Ressourcen, die nicht unmittelbar an der Einsatzstelle benötigt werden, gesammelt, gegliedert und bei Bedarf nach Anforderung zur Einsatzstelle entsandt. Die Einrichtung eines medizinischen Bereitstellungsraumes, mit einer Trennung von Einsatzmitteln des Rettungsdienstes von denen des Brand- und Katastrophenschutzes, kann je nach örtlicher Gegebenheit eine sinnvolle Maßnahme zur Gesamtstrukturierung einer MANV-Einsatzstelle darstellen.

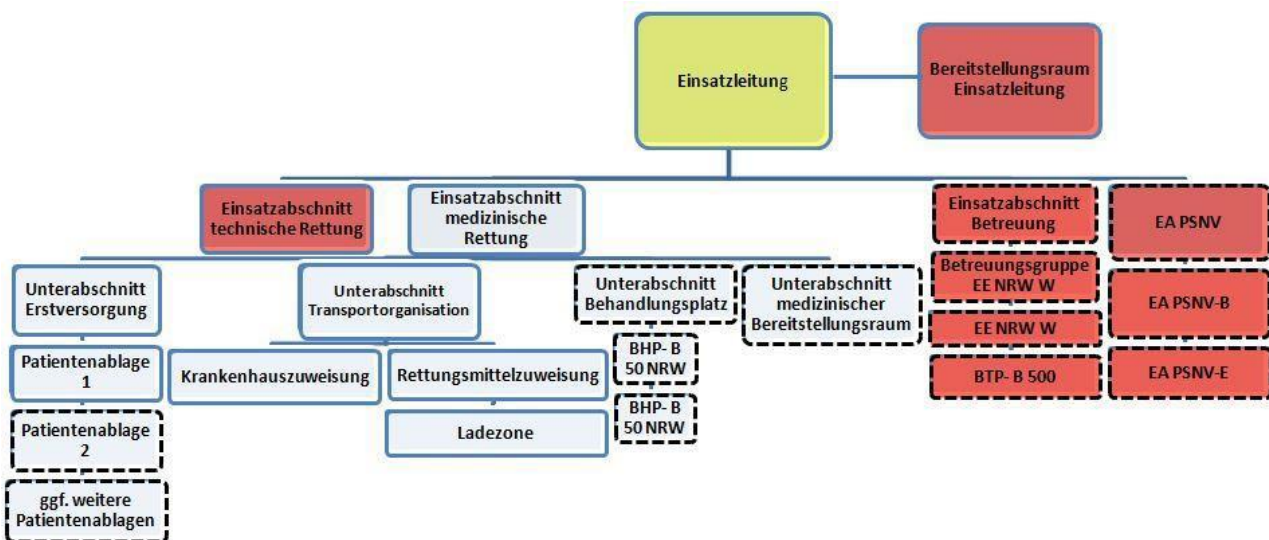


4.2.3 ERWEITERTE MODULE

Je nach Art und Ausmaß der Einsatzstelle kann die Einrichtung weiterer Einsatzabschnitte oder Einsatzunterabschnitte notwendig sein. Erweiterte Module des Einsatzabschnitts „Medizinische Rettung“ sind:

- EUA Behandlungsplatz
- EA / EUA Betreuung
- EA / EUA PSNV

Die Entscheidung über die Einrichtung der Erweiterten Module liegt bei der Einsatzleitung in Absprache mit der Einsatzabschnittsleitung „Medizinische Rettung“.





5 AUFGABENVERTEILUNG

In diesem Abschnitt werden die Aufgaben der einzelnen Führungskräfte näher erläutert. Sie sollten den Einsatzkräften des Tagesgeschäfts, die im Fall eines MANV-Einsatzes diese Funktionen wahrnehmen genauso präsent sein, wie der organisatorische Aufbau einer solchen Einsatzstelle. Der Bezug auf bestimmte Funktionen oder Ressourcen (z.B. „Gruppenführer ersteintreffendes NEF“), setzt deren Verfügbarkeit voraus und dient als beispielhafte Darstellung. Die in diesem Konzept beschriebene primäre Zuordnung stellt eine mögliche Aufgabenverteilung dar, die im Alarmierungsfall immer den tatsächlich verfügbaren Einsatzmitteln anzupassen ist. Vor allem die Führung der Standardmodule muss ggf. durch die ersteintreffenden Gruppenführer der Berufsfeuerwehr mit absolvierter MANV- Fortbildung wahrgenommen werden.

5.1 ERSTEINTREFFENDE KRÄFTE

Für die Kräfte, die als Erste an der Einsatzstelle eintreffen, ergeben sich grundsätzlich die folgenden Aufgaben:

- Erste Absicherungsmaßnahmen einleiten
- Kurze Erkundung der Einsatzstelle
- Erste Beurteilung der medizinischen Lage
- Erste qualifizierte Rückmeldung an die Leitstelle

Diese Maßnahmen müssen unabhängig von den originär wahrzunehmenden Aufgaben von den erst-eintreffenden Kräften durchgeführt werden. Nachdem die originären Führungskräfte an der Einsatzstelle eingetroffen sind, muss eine formale Übergabe stattfinden. Nur so ist sichergestellt, dass keine wesentlichen Informationen verloren gehen.

5.2 EINSATZABSCHNITTSLEITUNG MEDIZINISCHE RETTUNG

Die Leitung des Einsatzabschnitts „Medizinische Rettung“ wird durch den Leitenden Notarzt (LNA) und den Organisatorischen Leiter Rettungsdienst (OrgL) wahrgenommen.

Die medizinisch-organisatorischen Aufgaben des LNA sind im Wesentlichen:

- Lageerkundung und Lagebeurteilung nach medizinischen Aspekten
- Bildung von medizinischen Schwerpunkten
- Bestimmen einer medizinischen Taktik
- Aufgabenverteilung / Befehle an Notärzte und rettungsdienstliches Personal
- Kontrolle der medizinischen Tätigkeiten an der Einsatzstelle
- Beratung der Einsatzleitung in allen medizinischen Fragen

Der LNA muss sich einen Überblick darüber verschaffen, wie viele Patientenablagen es an der Einsatz-



stelle gibt und wie viele Patienten welcher Sichtungskategorie dort je zu behandeln sind.

Er muss feststellen, ab wann die Erstversorgung in der Patientenablage / in den Patientenablagen gesichert ist. Sollte es vital bedrohte Patienten mit Transportpriorität an der Einsatzstelle geben, muss entschieden werden, ob ein Notarzt bestimmte Transporte begleiten muss und welche Notärzte für diese Aufgabe zur Verfügung stehen.

Die operativ-taktischen sowie organisatorischen Aufgaben des OrgL sind im Wesentlichen:

- Lageerkundung und Lagebeurteilung nach taktischen Aspekten
- Organisation der Raumordnung innerhalb des Einsatzabschnittes
- Bestimmung der Führungsorganisation innerhalb des Einsatzabschnittes
- Aufgabenverteilung / Befehle in organisatorisch- taktischen Belangen
- Sicherstellung der Fernmeldeorganisation
- Erstversorgung sicherstellen
- Festlegung und Kontrolle der Einsatzunterabschnitte
- Führung einer Personal- und Materialübersicht
- Rückmeldungen an die Einsatzleitung

Der OrgL muss sich einen Überblick über die Raumordnung an der Einsatzstelle verschaffen bzw. eine entsprechende Struktur schaffen. Die Lage der Patientenablage(n) ist zu erkunden und die Einrichtung eines Bereitstellungsraums zu veranlassen, sofern dies noch nicht geschehen ist. Jegliche Vorplanung von räumlichen Strukturen muss mit der Einsatzleitung abgestimmt werden. Der Abschnittsleiter „Medizinische Rettung“ (OrgL, C-Dienst, GF NEF) muss feststellen, ob bereits ein Ticketsatz für die Krankenhauszuweisung geöffnet wurde. Es muss sichergestellt sein, dass nur ein Ticketsatz an der Einsatzstelle benutzt wird. Wurde noch keiner geöffnet, wird standardmäßig der Ticketsatz des NEF zur Transportorganisation genutzt. Über Abweichungen entscheidet der OrgL.

Die Kontrolle darüber, ob alle Standardmodule des Einsatzabschnitts funktionsfähig und alle Führungsfunktionen besetzt sind, obliegt ebenfalls dem OrgL. Die Kommunikationswege zu allen relevanten Stellen sind zu überprüfen und sicherzustellen. Die fortlaufende Dokumentation über die Anzahl der Verletzten in den einzelnen Patientenablagen und Patienten mit Transportpriorität ist durch- zuführen bzw. zu delegieren.

In Absprache mit dem Einsatzunterabschnittsleiter (EUAL) Erstversorgung ist der Zeitpunkt zu bestimmen, ab dem eintreffende Ressourcen nicht mehr zur Erstversorgung in die Patientenablage(n) fahren, sondern dem Einsatzunterabschnitt „Transportorganisation“ zur Durchführung von Soforttransporten zur Verfügung stehen. Sind primär keine Soforttransporte erforderlich, fahren die ein- treffenden Rettungsmittel zunächst den Bereitstellungsraum an. Dieser Wechsel der Zuführung von Rettungsmitteln ist durch den OrgL mit allen betroffenen Stellen eindeutig zu kommunizieren. Im weiteren Verlauf ist ständig ein Abgleich zwischen alarmierten, im Bereitstellungsraum befindlichen und benötigten Rettungsmitteln durchzuführen und ggf. nachzualarmieren.



5.2.1 EINSATZUNTERABSCHNITTSLEITUNG ERSTVERSORGUNG

Die Funktion des EUAL „Erstversorgung“ wird i.d.R. durch den Gruppenführer des ersteintreffenden NEF wahrgenommen. Der EUAL „Erstversorgung“ muss alle Informationen aus den Patientenablagen zusammenführen und auswerten.

Weiterhin ergeben sich für die Leitung der Erstversorgung die folgenden Aufgaben:

- Feststellung der Anzahl an spontanen Patientenablagen
- Festlegung und Organisation von Struktur und Örtlichkeit der Patientenablagen
- Bestimmung der Anfahrtswege für Fahrzeuge zur Erstversorgung in den Patientenablagen
- Festlegungen zur Fahrzeugaufstellung in den Patientenablagen für die Fahrzeuge zur Erstversorgung treffen
- Führung jeder Patientenablage sicherstellen
- Kommunikation mit der Führung jeder Patientenablage sicherstellen
- Verteilung von eintreffenden Rettungsmitteln auf die Patientenablagen
- Feststellung, ob und wann in jeder Patientenablage die Erstversorgung sichergestellt ist

Insbesondere die Art der Strukturierung und die Örtlichkeit der Patientenablagen sind mit der Abschnittsleitung „Medizinische Rettung“ abzustimmen, sobald diese vor Ort eingetroffen ist. Der Arzt des ersteintreffenden NEF beginnt mit der Durchführung von den in diesem Konzept genannten lebenserhaltenden Sofortmaßnahmen und der Sichtung der Patienten. Er ist bis zum Eintreffen des originären LNA allen Einsatzkräften in medizinischen Belangen weisungsbefugt.

5.2.2 FÜHRUNG PATIENTENABLAGE

Gibt es an der Einsatzstelle nur eine Patientenablage, so fällt die Aufgabe der Führung dieser Patientenablage mit der Aufgabe der Unterabschnittsleitung „Erstversorgung“ zusammen. Bei mehreren Patientenablagen an einer Einsatzstelle übernimmt die Führung i.d.R. der jeweils erste dort eintreffende RTW. Für die Führung einer Patientenablage ergeben sich zusätzlich zu den unter 5.3 genannten Punkten noch die folgenden Aufgaben:

- Kennzeichnung von Verletzten / Betroffenen mit der PAT
- Schnellstmöglicher Beginn mit der Vorsichtung / Sichtung
- Identifikation der Patienten mit Transportpriorität

5.2.3 EINSATZUNTERABSCHNITTSLEITUNG TRANSPORTORGANISATION

Die Funktion des EUAL „Transportorganisation“ wird i.d.R. durch den Gruppenführer des zweiteintreffenden NEF wahrgenommen.

Für den EUAL „Transportorganisation“ ergeben sich im Wesentlichen die folgenden Aufgaben:

- Durchführung der Krankenhauszuweisung sicherstellen



- Durchführung der Rettungsmittelzuweisung sicherstellen
- Raumordnung der Ladezone festlegen
- Führung und Betrieb der Ladezone sicherstellen
- Kommunikation zur EUAL „Erstversorgung“ und zur EAL „Medizinische Rettung“ sicherstellen
- Prüfen der Notwendigkeit von Trägertrupps und ggf. deren Anforderung

Der Arzt des zweiteintreffenden NEF sichtet ebenfalls die Patienten und führt, falls erforderlich, lebenserhaltende Sofortmaßnahmen durch.

5.2.3.1 Krankenhauszuweisung

Die Zuweisung von geeigneten Behandlungskapazitäten stellt eine wesentliche Aufgabe des Einsatzunterabschnitts „Transportorganisation“ dar. Sie erfolgt durch die Nutzung des Ticketsystems MANV. Der korrekte Umgang mit dieser Form der Krankenhauszuweisung ist in der Mitarbeiterinformation RD11-2016 „MANV-Konzept Stadt Wuppertal-Einführung eines Ticketsystems beim MANV“ beschrieben. Aus Gründen der Zeitersparnis ist es in aller Regel sinnvoll, dass die Vergabe der Tickets direkt in der Patientenablage erfolgt. Der EUAL „Transportorganisation“ hat dabei sicherzustellen, dass die Aufgabe der Krankenhauszuweisung wahrgenommen wird. Im Idealfall wird sie durch einen Arzt und eine Einsatzkraft durchgeführt. Dabei steht es dem Arzt frei, die entsprechende Behandlungseinrichtung explizit zu benennen (z.B.: „Dieser rote Patient zum Bethesda Krankenhaus“) oder

lediglich die medizinisch notwendige Fachabteilung festzulegen (z.B.: „Dieser rote Patient in eine Neurochirurgie“). Wurde die zur Versorgung des Patienten notwendige medizinische Fachrichtung bereits durch den sichtenden Arzt festgelegt, kann die Zuordnung einer entsprechenden Behandlungseinrichtung auch ohne eine erneute ärztliche Entscheidung erfolgen. Dazu ist dem Patienten durch die mit der Krankenhauszuweisung beauftragte Einsatzkraft eine Behandlungseinrichtung mit einer entsprechenden Fachabteilung zuzuweisen. Die wichtigsten medizinischen Fachabteilungen sind auf jedem Ticket vermerkt. Weiterhin muss zu jeder Zeit sichergestellt sein, dass nur ein Ticketsatz im Umlauf ist.

Ein auf die PAT eines Patienten geklebt Ticket gilt als erteilter Transportauftrag.

5.2.3.2 Rettungsmittelzuweisung

Die Zuweisung der Rettungsmittel zu den entsprechenden Patienten erfolgt innerhalb der Ladezone. In der Regel wird diese Aufgabe nicht direkt durch den EUAL „Transportorganisation“ wahrgenommen, sondern durch eine Einsatzkraft der Hilfsorganisationen durchgeführt. Die Zuweisung erfolgt primär nach Art des Rettungsmittels. Wenn die Einsatzumstände es zulassen, kann die Herkunft des Rettungsmittels ebenfalls berücksichtigt werden (z.B. ein RTW transportiert einen Patienten in eine Klinik seines Heimatstandortes).



5.2.3.3 Ladezone

Die Einrichtung und der Betrieb der Ladezone werden i.d.R. durch eine im Vorfeld fest definierte Einheit der Hilfsorganisationen durchgeführt. Die Ladezone sollte sich möglichst nah an der Patientenablage befinden. Gibt es an einer Einsatzstelle mehrere Patientenablagen, so sind ggf. auch mehrere Ladezonen einzurichten. Die genaue Lage der Ladezone bestimmt der EUAL „Transportorganisation“

nach Absprache mit dem OrgL. Die Einrichtung eines Rettungsmittelhalteplatzes als Pufferzone zwischen Bereitstellungsraum und Ladezone kann je nach örtlicher Gegebenheit und personellen Ressourcen eine sinnvolle Möglichkeit zur Sicherstellung eines schnellen Wiederauffüllens der Ladezone mit Rettungsmitteln darstellen.

Folgende Punkte sind bei der Einrichtung einer Ladezone zu beachten:

- Die Zu- und Abfahrtswege müssen klar benannt sein
- Die Kommunikation zwischen Ladezone, EUAL „Transportorganisation“ und Bereitstellungsraum muss sichergestellt sein
- Definition eines physikalischen Punktes zur Patientenübernahme
- Einrichtung eines Rettungsmittelhalteplatzes prüfen
- Fahrgassen einrichten, im späteren Einsatzverlauf ggf. unterteilt nach Fahrzeugart
- Möglichst mehrere parallele Ladevorgänge ermöglichen
- Einweiser einsetzen

Die Besatzungen der Rettungsmittel sollten nur die nötigsten medizinischen Gerätschaften mit zur Patientenübernahme nehmen. Nachdem der Patient aufgenommen wurde, hat das Fahrzeug die Ladezone so schnell wie möglich zu verlassen.

5.3 BEREITSTELLUNGSRAUM

Die frühzeitige Einrichtung eines Bereitstellungsraums trägt wesentlich zum gesamten Einsatzerfolg bei. Hier werden Einsatzkräfte und -mittel für den unmittelbaren Einsatz oder vorsorglich gesammelt, gegliedert und bereitgestellt. Die Führung und Einrichtung von Bereitstellungsräumen wird regelmäßig durch Kräfte der Freiwilligen Feuerwehr oder der Hilfsorganisationen wahrgenommen. Die Entscheidung über die Lage eines Bereitstellungsraumes und ob es getrennte Bereitstellungsräume für die Kräfte des Rettungsdienstes und der Feuerwehr geben soll, liegt bei der Einsatzleitung.

Um einen zeitnahen Abtransport von Patienten mit Transportpriorität gewährleisten zu können und um ein schnelles Füllen der Ladezone mit den richtigen Rettungsmitteln sicherzustellen, ist eine direkte Anforderung von Rettungsdienstressourcen aus dem Bereitstellungsraum durch den Einsatzunterabschnitt „Transportorganisation“ nötig. Sollte die Möglichkeit der direkten Anforderung aus einsatztaktischen Gründen im Einzelfall nicht gewollt sein, hat der OrgL den EUAL „Transportorganisation“ und den EUAL „Bereitstellungsraum“ darüber zu informieren.



Der EUAL „Bereitstellungsraum“ hat im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- Bereitstellungsraum und Zu- / Ausfahrt kenntlich machen
- Raumordnung festlegen
- Kommunikation sicherstellen
- Einrichten eines Meldekopfes
- Einrichten einer Befehlsstelle

5.4 BHP-B-50 NRW – ANFORDERUNG EINER EXTERNEN BEHANDLUNGSPLATZ-BEREITSCHAFT

Wird durch die Einsatzleitung zu einem MANV- Ereignis innerhalb der Stadt Wuppertal eine externe Behandlungsplatz-Bereitschaft angefordert, so ist diese organisatorisch ein eigener Unterabschnitt des Einsatzabschnitts „Medizinische Rettung“. Bei der weiteren Einsatzplanung sind für den Aufbau und Betrieb des Behandlungsplatzes insbesondere eine ausreichend große Aufstellfläche sowie die organisatorische Anbindung an die Transportorganisation zu gewährleisten. Eine Behandlungsplatz-Bereitschaft ist ca. 45 Minuten nach Eintreffen an der Einsatzstelle einsatzbereit. Sie stellt die Aufnahme und Versorgung von mindestens 50 Patienten sicher. In einem Zeitraum von 4 Stunden können maximal 100 Patienten autark versorgt werden. Für den Betrieb eines Behandlungsplatzes ist ein Raumbedarf von ca. 2.000m² vorzuplanen.

Der Aufgabenbereich der Transportorganisation des externen Behandlungsplatzes muss durch den EUAL „Transportorganisation“ und ggf. weitere lokale Einsatzkräfte unterstützt werden. Die Zuordnung von Patienten zu geeigneten Behandlungseinrichtungen erfolgt auch hier durch die Nutzung des Ticketsystems.

6 BETREUUNG

Bei nahezu jedem MANV- Ereignis gibt es eine gewisse Anzahl von Personen, die körperlich unverletzt geblieben sind, jedoch unter dem unmittelbaren Eindruck des Geschehens stehen. Diese Personen sind so früh wie möglich zu identifizieren und in einen geschützten Bereich außerhalb der eigentlichen Einsatzstelle zu verbringen.

Die Unterscheidung zwischen Patienten und unverletzt Betroffenen ist bei jeglicher Kommunikation und Dokumentation elementar wichtig. So macht es einen erheblichen Unterschied, ob sich an einer Einsatzstelle z.B. 20 Patienten befinden (durch das Ereignis verletzt oder erkrankt) oder 20 unverletzt Betroffene, die keine medizinische Versorgung benötigen.

6.1 BETREUUNG ALS EINSATZABSCHNITT

Gibt es an einer MANV- Einsatzstelle eine große Anzahl von zu betreuenden Personen, ist es in aller Regel sinnvoll, die Aufgabe der Betreuung innerhalb eines eigenen Einsatzabschnittes zu organisieren. Für den Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ bedeutet es eine erhebliche

20



Entlastung, wenn die Gruppe der unverletzt Betroffenen von den Patienten getrennt versorgt wird. Welche Kräfte die Betreuung im MANV- Einsatz sicherstellen, hängt im Wesentlichen von der Anzahl der unverletzt Betroffenen an der Einsatzstelle ab.

Der minimale Kräfteansatz für einen Einsatzabschnitt „Betreuung“ liegt bei der Betreuungsgruppe einer Einsatzeinheit der Hilfsorganisationen. Diese kann für bis zu 100 Personen die Erstbetreuung und Versorgung für 4 Stunden sicherstellen. Eine komplette Einsatzeinheit der Hilfsorganisationen kann die gleiche Leistung für 250 Personen erbringen. Eine Betreuungsplatz-Bereitschaft, BTP-B 500 NRW, bietet die identische Leistungsfähigkeit für bis zu 500 Personen.

6.2 BTP-B 500 NRW – ANFORDERUNG EINER EXTERNEN BETREUUNGSPLATZ-BEREITSCHAFT

Wird durch die Einsatzleitung zu einem MANV- Ereignis innerhalb der Stadt Wuppertal eine externe Betreuungsplatz-Bereitschaft angefordert, so ist diese immer als eigener Einsatzabschnitt zu organisieren. Sie ist ca. 60 Minuten nach Eintreffen an der Einsatzstelle einsatzbereit. Eine Betreuungsplatz- Bereitschaft stellt die Kapazität zur Aufnahme, Unterbringung und Verpflegung von mindestens 500 unverletzt Betroffenen. Diese Aufgabe kann für einen Zeitraum von 4 Stunden ohne externe Verpflegung wahrgenommen werden.

6.3 BETREUUNG ALS EINSATZUNTERABSCHNITT

Gerade zu Beginn eines MANV-Einsatzes ist es aufgrund von Personalmangel oftmals noch nicht möglich, einen eigenen Einsatzabschnitt „Betreuung“ zu bilden. Um die Trennung von Patienten und unverletzt Betroffenen trotzdem möglichst früh zu realisieren, kann als Erweitertes Modul der Einsatz- unterabschnitt „Betreuung“ gebildet werden. Ist die Anzahl der zu betreuenden Personen über- schaubar, kann dieser auch bis zum Einsatzende bestehen bleiben, ohne in einen eigenen Einsatzabschnitt überführt zu werden. Dabei hat der EAL „Medizinische Rettung“ zu entscheiden, wo und durch wen die Erstbetreuung sichergestellt wird.

6.4 PSYCHOSOZIALE NOTFALLVERSORGUNG- PSNV

Es bietet sich in jedem Fall an, den möglichen Bedarf an PSNV für Patienten und unverletzt Betroffene (PSNV-B) an der Einsatzstelle von PSNV-geschulten Mitarbeitern einschätzen zu lassen. Dabei dürfen auch die vor Ort tätigen Einsatzkräfte nicht außer Acht gelassen werden (PSNV-E). Je nach Schadensereignis und Anzahl der Betroffenen kann sich für die Aufgabe der PSNV ein erheblicher Zeit- und Koordinationsaufwand ergeben. Dann muss die Aufgabe der PSNV ggf. in einen eigenen Einsatzabschnitt überführt werden. Sollte an MANV-Einsatzstellen durch Einsatzkräfte frühzeitig ein Bedarf an speziell ausgebildeten PSNV-Kräften erkannt werden, so ist der Bedarf über die Einsatzabschnittsleiter der Einsatzleitung zu melden und über diese anzufordern. Reine Betreuungslagen sind ausdrücklich nicht Bestandteil dieses Konzeptes. Sie werden in einem eigenen Konzept beschrieben und durch die Leitstelle mit eigenen Stichwörtern alarmiert.



7 PERSONENAUSKUNFTSSTELLE

Die Kreise und kreisfreien Städte sind nach § 38 BHKG NRW dazu verpflichtet, bei Bedarf Auskunftsstellen zu aktivieren. Ein solcher Bedarf dürfte im Fall eines MANV-Ereignisses regelmäßig entstehen. Die Aufgabe einer Personenauskunftsstelle ist es, personenbezogene Daten zum Zweck der Vermisstensuche und der Familienzusammenführung zu verarbeiten und Angehörigen zur Verfügung zu stellen. Abhängig vom bereits bestehenden oder zu erwartenden Anrufaufkommen, wird die Auskunftsstelle auf unterschiedlichen Ebenen in Betrieb genommen.

Die Leitstelle Wupper wird regelmäßig die ersten Anfragen zu Personenauskünften von möglicherweise betroffenen Angehörigen entgegennehmen. Sollte die Zahl der eingehenden Anrufe weiter steigen, übernimmt das Bergische-Service-Center (BSC) die Aufgabe der Auskunftsstelle. Die letzte Eskalationsstufe stellt die Inbetriebnahme einer der beiden Personenauskunftsstellen dar, die das Land NRW zur Unterstützung bereithält (PASS NRW).

Die genauen Verfahrensabläufe sind in der Einsatzanweisung „Betrieb von Auskunftsstellen“ beschrieben.





8 ALARM- UND AUSRÜCKEORDNUNG

Die Alarm- und Ausrückeordnung (AAO) legt für den Fall eines MANV-Ereignisses vordefinierte Einsatzmittelketten fest. Abhängig von der gemeldeten Patientenanzahl alarmiert die Leitstelle das entsprechende Alarmstichwort. Die Vorplanung reicht dabei bis zu einer Größenordnung von 50 Patienten. Die versorgten Stichwörter sind „MANV 10“, „MANV 20“, „MANV 30“, „MANV 40“ und „MANV 50“. Dabei geben die Zahlen die maximale Anzahl der Patienten an. So löst z.B. die Alarmierung des Stichwortes „MANV 30“ eine Einsatzmittelkette für die Versorgung von bis zu 30 Patienten aus. Bei Ereignissen mit initial mehr als 50 gemeldeten Patienten informiert der Lagedienst der Leitstelle die Einsatzleitung (A-Dienst / B-Dienst). Diese entscheidet über die zusätzlich zu alarmierenden Ressourcen.

Die Besatzungen der Hilfeleistungs-Löschfahrzeuge (HLF) der Berufsfeuerwehr sind bei jedem MANV-Ereignis fest für die Erstversorgung von Patienten der Sichtungskategorie I eingeplant. Es gibt keine schnellere Möglichkeit der Einsatzstelle in kurzer Zeit professionelles Rettungsdienstpersonal zuzuführen. Sollte das Personal der HLF bereits im Einsatzabschnitt „Technische Rettung“ gebunden sein, ist durch die Einsatzleitung eine schnellstmögliche Auslösung durch Kräfte der Freiwilligen Feuerwehr herbeizuführen.

Die entsprechende rettungsdienstliche Ausrüstung wird durch einen oder mehrere Gerätewagen-Sanität (GW-San) der Hilfsorganisationen bereitgestellt. Zur zeitlichen Optimierung rücken die GW-San nach Alarmierung so schnell wie möglich mit dem ersteintreffenden Personal zur Einsatzstelle aus, also ggf. auch nur mit einem Fahrer. Die übrige Besatzung begibt sich nachträglich zur Einsatzstelle.



MANV 10				
Organisation	Einheiten	Funktionen	Fahrzeuge	Primäraufgabe
Führung	1 OrgL RD mit FÜAss	2	1	EAL med. Rettung
	1 LNA	1	1	EAL med. Rettung
Rettungsdienst	4 RTW	8	4	Erstversorgung; evtl. Transport
	2 NEF	4	2	EUAL Erstversorgung + TO; Ärzte Erstversorgung
	4 KTW	8	4	Erstversorgung; evtl. Transport
Katastrophenschutz	1 GW-San	1 (6)	1	Patientenablage
Feuerwehr	1 HLF (BF)	6	1	Technische Unterstützung; evtl. Erstversorgung
Nachbarliche Hilfe	1 Ü-MANV-S	8	4	Transport
Überörtliche Hilfe				
Luftrrettung				
Gesamt		38 (43)	18	



MANV 20				
Organisation	Einheiten	Funktionen	Fahrzeuge	Primäraufgabe
Führung	1 OrgL RD mit FÜAss	2	1	EAL med. Rettung
	1 LNA	1	1	EAL med. Rettung
Rettungsdienst	4 RTW	8	4	Erstversorgung; evtl. Transport
	4 NEF	8	4	1. EUAL Erstversorgung + 2. EUAL TO; Ärzte + Rest Erstversorgung
	4 KTW	8	4	Erstversorgung; evtl. Transport
Katastrophenschutz	2 GW-San	2 (12)	2	Patientenablage
Feuerwehr	2 HLF (BF)	12	2	Erstversorgung
	1 LF FF (EA BR)	9	1	Bereitstellungsraum
Nachbarliche Hilfe	2 Ü-MANV-S	16	8	Transport
Überörtliche Hilfe				
Luftrettung	1 RTH	3	1	Erstversorgung; evtl. Transport
Gesamt		69 (79)	28	



MANV 30				
Organisation	Einheiten	Funktionen	Fahrzeuge	Primäraufgabe
Führung	1 OrgL RD mit FÜAss	2	1	EAL med. Rettung
	1 LNA	1	1	EAL med. Rettung
Rettungsdienst	6 RTW	12	6	Erstversorgung; evtl. Transport
	5 NEF	10	5	1. EUAL Erstversorgung + 2. EUAL TO; Ärzte + Rest Erstversorgung
	5 KTW	10	5	Erstversorgung; evtl. Transport
Katastrophenschutz	2 GW-San	2 (12)	2	Patientenablage
	1 AB-MANV 1	1	1	Material Patientenablage
	evtl. 1 EE	(33)	(8)	
Feuerwehr	2 HLF (BF)	12	2	Erstversorgung
	1 Medi-PKW + MTF EvO	mind. 6	2	Interner Patiententransport
	1 LF FF (EA BR)	9	1	Bereitstellungsraum
Nachbarliche Hilfe	2 Ü-MANV-S	16	8	Transport
Überörtliche Hilfe	1 PT-Z 10 NRW	20	9	Transport
Luftrettung	2 RTH	6	2	Erstversorgung; evtl. Transport
Gesamt		107 (150)	45 (53)	



MANV 40				
Organisation	Einheiten	Funktionen	Fahrzeuge	Primäraufgabe
Führung	1 OrgL RD mit FÜAss	2	1	EAL med. Rettung
	1 LNA	1	1	EAL med. Rettung
Rettungsdienst	6 RTW	12	6	Erstversorgung; evtl. Transport
	5 NEF	10	5	1. EUAL Erstversorgung + 2.EUAL TO; Ärzte + Rest Erstversorgung
	5 KTW	10	5	Erstversorgung; evtl. Transport
Katastrophenschutz	2 GW-San	2 (12)	2	Patientenablage
	1 AB-MANV 1	1	1	Material Patientenablage
	1 AB MANV 2	1	1	Material Patientenablage
	evtl. 1 EE	(33)	(8)	Erstversorgung
Feuerwehr	3 HLF (BF)	18	3	Erstversorgung
	2 Medi-PKW + MTF EvO	mind. 9	3	interner Patiententransport
	1 LF FF (EA BR)	9	1	Bereitstellungsraum
Nachbarliche Hilfe	3 Ü-MANV-S	24	12	Transport
Überörtliche Hilfe	2 PT-Z 10 NRW	40	18	Transport
	1 Ü-MANV-S (n.B.)	(8)	(4)	Transport
Luftrettung	3 RTH	9	1	Erstversorgung; evtl. Transport
Gesamt		148 (199)	60 (72)	



MANV 50				
Organisation	Einheiten	Funktionen	Fahrzeuge	Primäraufgabe
Führung	1 OrgL RD mit FüAss	2	1	EAL med. Rettung
	1 LNA	1	1	EAL med. Rettung
Rettungsdienst	6 RTW	12	6	Erstversorgung; evtl. Transport
	5 NEF	10	5	1. EUAL Erstversorgung + 2. EUAL TO; Ärzte + Rest Erstversorgung
	5 KTW	10	5	Erstversorgung; evtl. Transport
Katastrophenschutz	2 GW-San	2 (12)	2	Patientenablage
	1 AB-MANV 1	1	1	Material Patientenablage
	1 AB MANV 2	1	1	Material Patientenablage
	1 EE	33	8	Erstversorgung
Feuerwehr	4 HLF (BF)	24	4	Erstversorgung
	2 Medi-PKW + MTF EvO	mind. 12	3	interner Patiententransport
	1 LF FF (EA BR)	9	1	Bereitstellungsraum
Nachbarliche Hilfe	3 Ü-MANV-S	24	12	Transport
Überörtliche Hilfe	3 PT-Z 10 NRW	60	27	Transport
	2 Ü-MANV-S	16	8	Transport
	evtl. 1 BHP-B 50 NRW	(116)	(25)	Behandlungsplatz
Luftrettung	4 RTH	12	4	Erstversorgung; evtl. Transport
Gesamt		229 (357)	89 (114)	



9 ALARMIERUNG TELEKOM ALARMRUF

Zur direkten und zeitgleichen Alarmierung einer Vielzahl von Personen bieten mehrere Mobilfunkanbieter Alarmierungsmöglichkeiten über ihre Netzinfrastruktur. Die Feuerwehr Wuppertal bedient sich hierzu einer Systemlösung der Deutschen Telekom. Der Telekom AlarmRuf, auch unter dem Synonym „T- Mobile-Alarm“ bekannt, sendet zeitgleich an alle in einer Gruppe hinterlegten Rufnummern eine Alarmierung. Diese kann durch den Empfänger mit verschiedenen Status quittiert werden. Das genaue Verfahren ist in der Mitarbeiterinformation „Telekom AlarmRuf bei Sonderlagen“ beschrieben.



9.1 DIENSTFREIE KRÄFTE DER BERUFSFEUERWEHR

Alle Einsatzkräfte der Berufsfeuerwehr Wuppertal sind in einer nach Wachabteilungen gegliederten AlarmRuf-Gruppe hinterlegt. Für jede Wachabteilung existiert eine Gruppe, in der alle aktiven Mitarbeiter im Rettungsdienst enthalten sind, sowie eine Gruppe, die alle Mitarbeiter zusammenfasst, welche zwar eine rettungsdienstliche Ausbildung haben, aber nicht mehr aktiv am Rettungsdienst teilnehmen. Eine Alarmierung einer oder mehrerer Gruppen ist für ein MANV-Ereignis vorgesehen, sobald die Anzahl von Patienten an einer Einsatzstelle die Zahl 50 übersteigt. Der Treffpunkt für aus der Freizeit alarmierte Kollegen ist die eigene Stammwache. Der weitere Transport von dort zur Hauptfeuer- und Rettungswache bzw. zur Einsatzstelle muss lageabhängig durch MTF der Feuerwehr durchgeführt werden.

9.2 NOTÄRZTE

Alle Ärzte, die im Wuppertaler Notarztdienst tätig sind sowie alle zu LNA ernannten Ärzte sind in einer eigenen AlarmRuf-Gruppe zusammengefasst. Der Treffpunkt für aus der Freizeit alarmierte Notärzte ist die Hauptfeuer- und Rettungswache.

9.3 HILFSORGANISATIONEN

Bestimmte Funktionen der Hilfsorganisationen werden über digitale Meldeempfänger durch die Leitstelle Wupper alarmiert. Ein Großteil der Kräfte wird jedoch ebenfalls über den Telekom AlarmRuf alarmiert. Die Durchführung der Alarmierung und die Auswertung der Statusmeldungen obliegen dabei dem diensthabenden Einsatzleiter der Hilfsorganisationen. Die Information über die zu alarmierenden Einheiten und das Schadensereignis erfolgt durch die Leitstelle Wupper.



10 BHP-B 50 NRW WUPPERTAL

10.1 GRUNDSÄTZE

Die Behandlungsplatz-Bereitschaft der Stadt Wuppertal wird in aller Regel für einen überörtlichen Einsatz alarmiert. Dabei kann es sich grundsätzlich um spontane oder vorgeplante Ereignisse handeln. Sammelraum für die alarmierten Kräfte ist der Hof der Hauptfeuer- und Rettungswache. Von dort fährt die Einheit als geschlossener Verband in den Bereitstellungsraum oder direkt zur Einsatzstelle der anfordernden Gebietskörperschaft. Der Behandlungsplatz soll ca. 45 Minuten nach dem Eintreffen an der Einsatzstelle betriebsbereit sein.

10.2 STRUKTUR

Die Behandlungsplatz-Bereitschaft BHP- B 50 NRW gliedert sich in die folgenden Aufgabenbereiche:

- Führung
- Eingangssichtung
- Behandlungsbereiche I - IV
- Transportorganisation
- Technik und Logistik

10.2.1 FÜHRUNG

Die Bereitschaftsführung nutzt zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zwei Kommandowagen (KdoW) und einen ELW 2. Bei einer externen Anforderung der Wuppertaler Behandlungsplatz-Bereitschaft begibt sich ein Vorkommando, bestehend aus LNA, OrgL und Führungsassistent, mit einem KdoW zur anfordernden Gebietskörperschaft, um die Gegebenheiten vor Ort zu erkunden.

Für die Führung der Behandlungsplatz-Bereitschaft ist eine Führungsstaffel vorzusehen, die sich folgendermaßen gliedert:

- 1 Beamter des höheren feuerwehrtechnischen Dienstes als Bereitschaftsführer
- 1 Beamter des gehobenen feuerwehrtechnischen Dienstes als OrgL
- 1 Arzt mit der Qualifikation LNA
- 1 H-Dienst MANV des mittleren feuerwehrtechnischen Dienstes als Führungsassistent
- 2 Feuerwehrangehörige FF als Führungshilfspersonal
- ggf. Bedienpersonal für den ELW 2

Die weiteren Aufgaben der Führung sind die Formierung der Bereitschaft und deren geordnete Verlegung als geschlossener Verband zur anfordernden Stelle. Vor Ort gestaltet die Bereitschaftsführung die innere Organisation des Behandlungsplatzes und stellt die Kommunikation zur örtlichen Einsatzleitung sicher.



10.2.2 EINGANGSSICHTUNG

Die Eingangssichtung bildet die Schnittstelle zwischen der vor Ort befindlichen Patientenablage und dem Behandlungsplatz. Hier werden alle Patienten einer ärztlichen Sichtung unterzogen und danach entsprechend ihrer Sichtungskategorie in die Behandlungsbereiche verbracht. Um eine schnelle Versorgung aller Patienten gewährleisten zu können, sollen nach Möglichkeit 2 Stellen zur Eingangssichtung parallel betrieben werden.

Die Aufgabe der Eingangssichtung wird durch die folgenden Kräfte wahrgenommen:

- 1 GF BF von einem der HLF BF als Leiter Eingangssichtung
- 2 NA
- 2 NotSan / RA / RS BF von einem der HLF BF
- 4 EvO
- 1 FM FF als Fahrer MTF NA / EvO

Unverletzt Betroffene werden dem Einsatzabschnitt „Betreuung“ bzw. den für die Betreuung vorgesehenen Kräften übergeben.

10.2.3 BEHANDLUNGSBEREICHE I bis IV

Behandlungsbereich I / IV

In diesem Behandlungsbereich werden die vital bedrohten Patienten der Sichtungskategorien I und IV versorgt und die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert.

Folgende Kräfte werden mindestens benötigt:

- 1 GF BF als Leiter Behandlungsbereich I
- 4 NA
- 12 NotSan / RA / RS BF
- 1 FM FF als Fahrer MTF NA

Das nichtärztliche Personal für diesen Bereich wird durch die Besatzungen der HLF der Berufsfeuerwehr gestellt. Die Wachen der Berufsfeuerwehr sind durch eine Wachbesetzung durch die FF wieder aufzufüllen. Nicht benötigtes Personal aus dem Behandlungsbereich I wechselt nach Absprache mit der Leitung der Behandlungsbereiche bedarfsgerecht in den Behandlungsbereich II.

Behandlungsbereich II

Im Behandlungsbereich II werden die schwer verletzten bzw. erkrankten Personen versorgt und die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert. Das Personal für diesen Behandlungsbereich wird zusammen mit dem Personal für den Behandlungsbereich III durch Einsatzkräfte von 2 Einsatzeinheiten der Wuppertaler Hilfsorganisationen gestellt.



Für den Behandlungsbereich II werden die nachfolgenden Kräfte benötigt:

- 1 ZF HiOrg als Leiter Behandlungsbereich II
- 1 NA
- 2 NotSan / RA HiOrg
- 2 RS HiOrg
- 2 RH HiOrg
- 3 Helfer HiOrg
- 1 FM (SB)

Behandlungsbereich III

Im Behandlungsbereich III werden die leicht verletzten bzw. erkrankten Personen versorgt und die durchgeführten Maßnahmen dokumentiert.

Für den Behandlungsbereich III werden folgende Kräfte benötigt:

- 1 GF HiOrg als Leiter Behandlungsbereich III
- 1 NotSan / RA HiOrg
- 2 RS HiOrg
- 3 RH HiOrg
- 7 Helfer HiOrg

Insbesondere die Anzahl der tatsächlich verfügbaren Notärzte und der Ersthelfer vor Ort lässt sich nicht sicher vorhersagen. Sollten mehr Einsatzkräfte verfügbar sein, als in diesem Konzept beschrieben, so entscheidet die Bereitschaftsführung über die Zuteilung zu den einzelnen Aufgabenbereichen.

10.2.4 TRANSPORTORGANISATION

Im Bereich der Transportorganisation erfolgen die Rettungsmittelzuweisung, die Krankenhauszuweisung sowie der Betrieb der Ladezone. Aus den Behandlungsbereichen werden die ärztlichen Bedarfsanforderungen an die Behandlungskapazitäten und Rettungsmittel gemeldet. Die von der örtlich zuständigen Gefahrenabwehrbehörde getroffenen strukturellen und organisatorischen Vorplanungen sind bei der Aufgabenwahrnehmung zu berücksichtigen. Dafür ist die Anbindung des Aufgabenbereichs „Transportorganisation“ der Behandlungsplatz- Bereitschaft an den örtlichen Einsatzabschnitt „Medizinische Rettung“ bzw. die örtliche Transportorganisation zwingend notwendig.

Folgende Kräfte sind für den Aufgabenbereich der Transportorganisation einzusetzen:

Führung

- 1 GF BF als Führer Transportorganisation
- 1 Führungsassistent BF von einem HLF BF



Rettungsmittelzuweisung und Dokumentation

- 1 GF HiOrg
- 1 NA
- 1 NotSan / RA HiOrg
- 1 RS HiOrg
- 1 Helfer HiOrg

Krankenhauszuweisung und Ladezone

- 1 ZF HiOrg
- 2 TF HiOrg
- 9 Helfer HiOrg

10.2.5 TECHNIK UND LOGISTIK

In diesen Aufgabenbereich fallen der Aufbau und Betrieb des Behandlungsplatzes, die Einrichtung einer Totenablage, die Durchführung des internen Patiententransportes zwischen Patientenablage, Behandlungsplatz und Ladezone sowie die Sicherstellung der Versorgung des eingesetzten Personals und ggf. der Patienten.

Die folgenden Kräfte werden für die einzelnen Aufgabenbereiche benötigt:

Aufbau und Betrieb Behandlungsplatz

- 1 ZF FF LZ Dornap
- 8 FM (SB) LZ Dornap
- 2 Techniktrupps HiOrg
- 2 FM FF als Fahrer AB-MANV 1 und AB-MANV 2

Totenablage

- 2 Helfer HiOrg
- ggf. Kräfte der Polizei

Interner Patiententransport

- 1 GF FF EvO
- 8 FM (SB) FF EvO
- 4 Helfer HiOrg

Versorgung

- 6 FM (SB) Versorgungseinheit LZ Uellendahl
- ggf. 2 Versorgungstrupps EE HiOrg



10.3 KRÄFTEÜBERSICHT

Da die Behandlungsplatz-Bereitschaft BHP-B 50 NRW landesweit für die überörtliche Entsendung konzipiert wurde, gelten hinsichtlich der Funktionalität, der Anzahl an Einsatzkräften und Fahrzeugen gewisse Standards. Dadurch wird die anfordernde Einsatzleitung vor Ort in die Lage versetzt, eine realistische Planung des Einsatzes durchführen zu können.

Diese Standards sind im Einzelnen:

- Einsatzbereitschaft ca. 45 Minuten nach Eintreffen an der Einsatzstelle
- Kapazität zur Aufnahme und Versorgung von mindestens 50 Patienten pro Stunde
- Autarke Einsatzbereitschaft von 4 Stunden für insgesamt bis zu 100 Patienten
- Flächenbedarf ca. 40 x 50 m bzw. 2.000 m²
- Maximal 40 Fahrzeuge



Stärkeübersicht:


BHP- B 50 W	VF	OrgL	LNA	ZF	GF	TF	NotSan/ RA/ RS/	RH	FM (SB)	Notarzt	EVO	Helfer
Führung	1hD	1gD	1		1BF				2BF			
Eingangssichtung					1BF		2BF		1FF	2	4	
Behandlungsbereiche I+IV					1BF		12BF		2FF	4		
Behandlungsbereich II				1EE			4EE	2EE	1FF	1		3EE
Behandlungsbereich III					2EE		3EE	3EE				7EE
Transportorganisation				1EE	1BF + 1EE	2EE	2EE			1		10EE
Technik und Logistik				1FF	1FF	2EE			12FF		8	12EE






Gesamtstärke 14/8/94/ 116











Einsatzmittelübersicht:

Führung			
	1x KdoW	1/0/0/ <u>1</u>	Verbandsführung
	1x KdoW	2/1/0/ <u>3</u>	Vorauskommando LNA, OrgL, FüAss
	1x ELW 2	0/0/2/ <u>2</u>	Führungshilfspersonal





Eingangssichtung			
	1x MTF	2/0/4/ <u>6</u>	2 NA + 4 EvO EST: +1GF BF, 2 FM BF von HLF aus „Behandlungsbereich 1“

Behandlungsbereich I & IV			
	1x HLF BF	0/1/5/ <u>6</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich I
	1x HLF BF	0/1/5/ <u>6</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich I
	1x HLF BF	0/1/5/ <u>6</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich I
	1x MTF	6/0/1/ <u>7</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich I, II & III 6 NA + 1 Ma
	1x AB MANV 1	0/0/1/ <u>1</u>	Material für Behandlungsbereich I, II & III

Behandlungsbereich II			
	1x GW-SAN	0/1/5/ <u>6</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich II
	1x KTW	0/0/2/ <u>2</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich II
	1x KTW	0/0/2/ <u>2</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich II
	1x AB-MANV 2	0/0/1/ <u>1</u>	Ergänzungsmaterial für Behandlungsbereich I, II & III

Behandlungsbereich III			
	1x GW-SAN	0/1/5/ <u>6</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich III
	1x KTW	0/0/2/ <u>2</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich III
	1x KTW	0/0/0/ <u>2</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich III
	1x BtKombi	0/1/3/ <u>4</u>	Patientenversorgung Behandlungsbereich III



Transportorganisation			
	1x FüKombi	2/1/2/5	Krankenhauszuweisung 1 ZF (EE), 1 NA, 1 GF (EE), 1 RA (EE), 1 FüAss (EE)
	1x KTW	0/0/2/2	Rettungsmittelzuweisung
	1x BtKombi	1/2/7/10	Einrichtung und Betrieb Ladezone; Dokumentation
	1x BtKombi + BtAnh.		

Logistik			
	1x FüKombi	1/1/0/2	Führung 1 ZF (EE), 1 FüAss (EE)
	1x BtKombi + BtAnh.	0/1/12/13	Interner Patiententransport
	1x MTF EvO		
	1x TKombi + TAnh.	0/2/6/8	Technische Unterstützung
	1x TKombi + TAnh.		
	1x BtKombi	0/0/2/2	Totenablage
	1x BtLKW	0/2/4/6	Verpflegung & Nachschub
	1x BtLKW		



11 PT-Z 10 NRW WUPPERTAL

11.1 GRUNDSÄTZE

Der Patiententransportzug 10 (PT-Z 10) der Stadt Wuppertal ist eine rettungsdienstliche Einheit in Zugstärke. Der Einsatz erfolgt auf Anforderung für eine andere Gebietskörperschaft im Rahmen der überörtlichen Hilfe. Der PT-Z 10 kann sowohl spontan alarmiert als auch vorgeplant eingesetzt werden. Mit dieser Einheit können mindestens 10 Patienten in geeignete Behandlungseinrichtungen transportiert werden. Der PT-Z 10 NRW Wuppertal muss 60 Minuten nach Alarmierung abmarschbereit sein. Sammelpunkt für die alarmierten Kräfte ist der Hof der Hauptfeuer- und Rettungswache.

Die Fahrt zur anfordernden Gebietskörperschaft wird als geschlossener Marschverband durchgeführt. Die genauen Abläufe sind in der Checkliste „Überörtliche Anforderung des PT-Z 10 NRW Wuppertal“ beschrieben.

11.2 STRUKTUR

Der PT-Z 10 NRW Wuppertal besteht aus den folgenden Ressourcen:

- 1 ELW C-Dienst
- 4 RTW
- 4 KTW
- 2 Notärzte

Das Personal besteht sowohl aus Kräften der Berufsfeuerwehr als auch der Hilfsorganisationen.

11.3 FÜHRUNG

Der PT-Z 10 NRW Wuppertal wird von einem Führungsdienstbeamten der Feuerwehr geleitet. Dieser verlegt die Einheit als geschlossenen Verband in den Sammel- bzw. Bereitstellungsraum der anfordernden Gebietskörperschaft. Dort nimmt die Führung des PT-Z 10 Kontakt mit der vor Ort tätigen Einsatzleitung auf und unterstellt ihr den PT-Z 10.

Die einzelnen Fahrzeuge des PT-Z 10 werden vor Ort bedarfsgerecht eingesetzt.



12 Ü-MANV-S-KOMPONENTE WUPPERTAL

12.1 GRUNDSÄTZE

Die Komponente „Massenanfall von Verletzten mit überörtlicher Unterstützung - Sofort“ (Ü-MANV-S) definiert eine festgelegte Zusammenstellung von rettungsdienstlichen Ressourcen zur sofortigen überörtlichen Entsendung. Dies bedingt, dass die Ü-MANV-S-Komponente sich unmittelbar aus Fahrzeugen des Tagesgeschäftes zusammensetzt.

12.2 RESSOURCEN

Die Ü-MANV-S-Komponente Wuppertal besteht aus den folgenden Ressourcen:

- 1 ELW C-Dienst
- 3 RTW
- 1 NEF

Steht keine ausreichende Anzahl an freien RTW zur Verfügung, kann einer der drei RTW auch durch einen KTW ersetzt werden.

12.3 FÜHRUNG

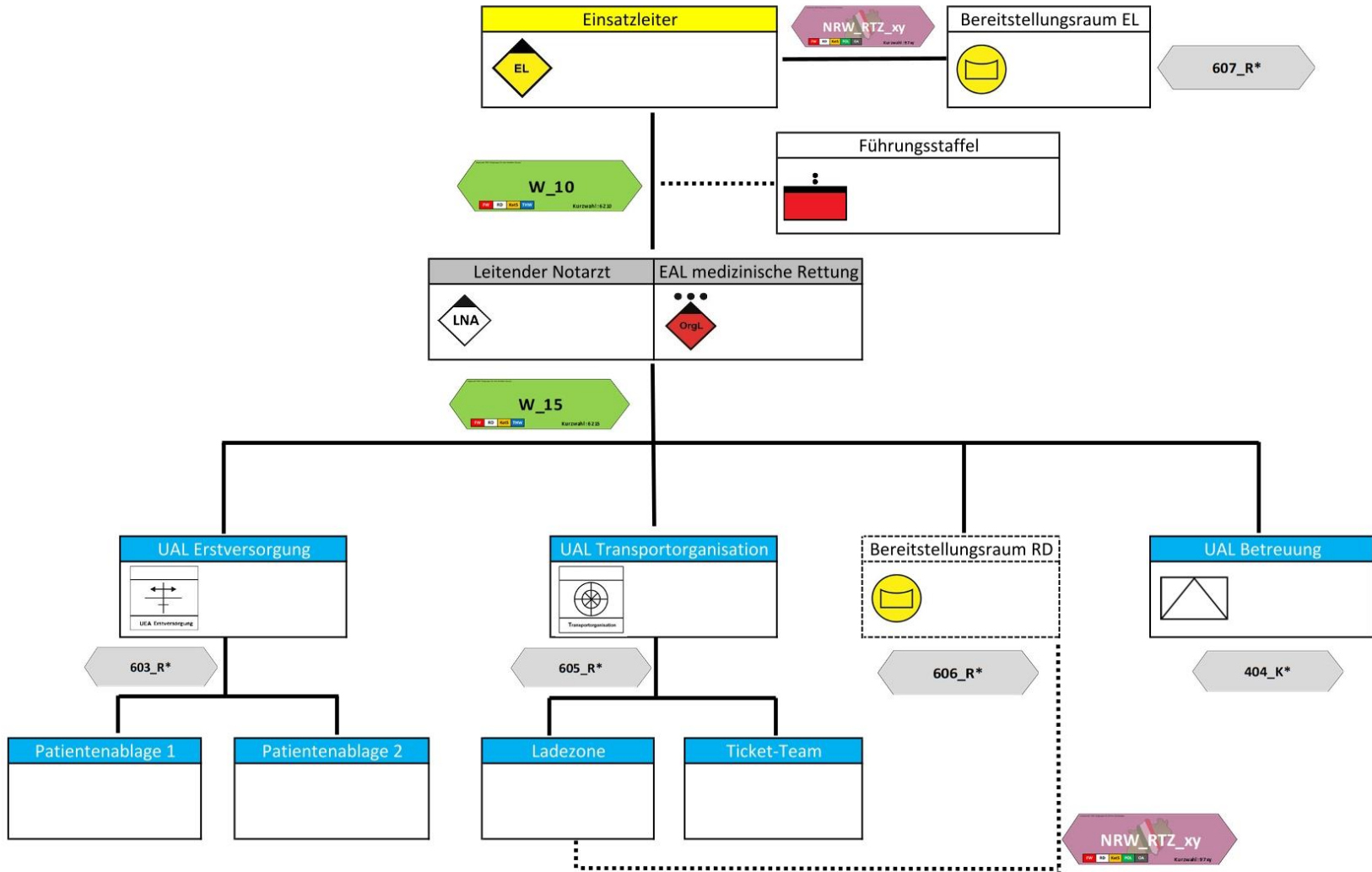
In Wuppertal wird die Ü-MANV-S-Komponente von einem ELW bis zur anfordernden Gebietskörperschaft geführt. Dies ist i.d.R. einer der beiden diensthabenden C-Dienste. Nach erfolgter Alarmierung durch die Leitstelle entscheidet der Führungsdienstbeamte der Feuerwehr, wo sich der Sammelraum befindet. Sind alle Fahrzeuge dort eingetroffen, findet die Anfahrt zur anfordernden Gebietskörperschaft als geschlossener Verband statt.

13 KOMMUNIKATION

Zur erfolgreichen Bewältigung eines MANV-Ereignisses sind gesicherte und klar beschriebene Kommunikationswege zwingend notwendig. Zu diesem Zweck sind im Folgenden die Fernmeldeskizzen sowohl für den MANV-Einsatz als auch für die interne Kommunikation der Behandlungsplatz-Bereitschaft beschrieben. Abweichungen hiervon bestimmt im Einzelfall die Einsatzleitung.

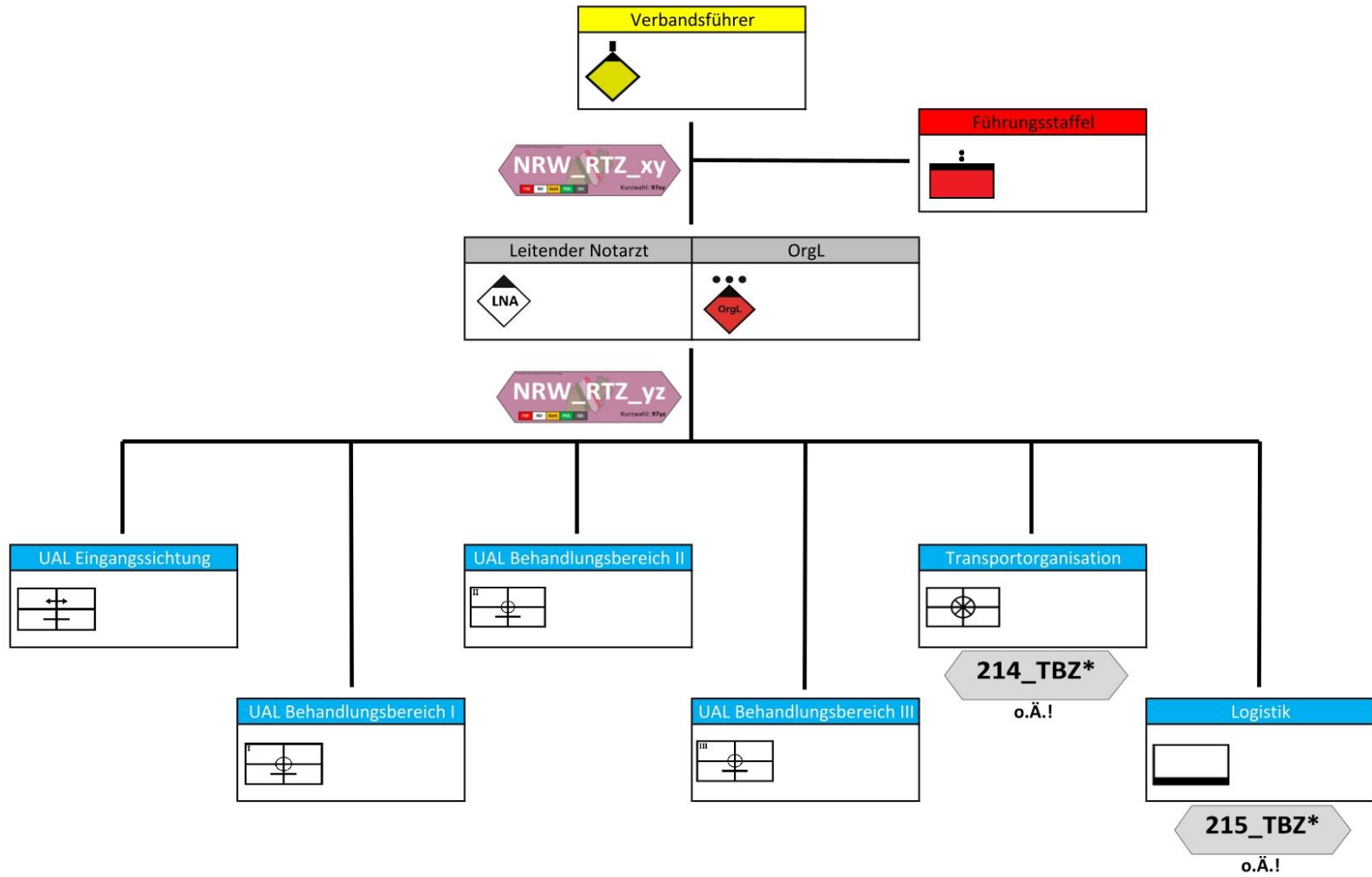


13.1 KOMMUNIKATION IM MANV-EINSATZ





13.2 KOMMUNIKATION BHP-B 50 NRW





14 DOKUMENTATION

Die Durchführung einer strukturierten Dokumentation ist auch an MANV-Einsatzstellen ein absolut notwendiger Bestandteil der Einsatzabwicklung. Sie stellt dabei nicht nur eine spätere Nachvollziehbarkeit von getroffenen Entscheidungen sicher, sondern ermöglicht es auch, die Vollständigkeit der eingeleiteten Maßnahmen zu kontrollieren (Checklisten-Funktion) und eine Übersicht über die Anzahl der Patienten und der bereits durchgeführten Transporte zu gewährleisten.

Die im Einsatz genutzten Dokumentationsbögen / Checklisten sowie die PAT sind Teil der Einsatzdokumentation und sind nach Einsatzende dem Team 304.16 (Rettungsdienst) zuzuführen.

Die Patientendokumentation findet an MANV-Einsatzstellen in mehreren Stufen statt.

1. Stufe (Dokumentation in der Patientenablage):

- Erfassen aller Patienten und unverletzt Betroffenen durch Umhängen der PAT
- (Vor-)Sichtung durch Herausziehen bzw. Stecken der Farbkarte
- Ausfüllen der PAT nach Erstversorgung / Untersuchung

2. Stufe, Variante a (Untersuchung und Behandlung vor Ort):

- Vollständiges Ausfüllen des DIVI-Protokolls aus der PAT (Patientendaten, Versicherung, Untersuchungsergebnisse, Maßnahmen, Name des Behandelnden)

2. Stufe, Variante b (Transport in Behandlungseinrichtung):

- Krankenhauszuweisung durch Ticketsystem
- Keine weitere Dokumentation an der Einsatzstelle als durch Ticket / Barcode der PAT
- Vollständiges Ausfüllen des DIVI-Protokolls aus der PAT außerhalb der Ladezone bzw. auf dem Transport
- Anfordern einer Einsatznummer für jeden Patienten
- Patienten- und Versicherungsdaten mit der entsprechenden Einsatznummer in die mobile Datenerfassung (MDE) eintragen
- Im MDE auf das handschriftliche DIVI-Protokoll verweisen

3. Stufe (in der Behandlungseinrichtung):

- Fax-Rückmeldung aus der PAT persönlich an die Leitstelle Wupper faxen

Auswärtige Rettungsmittel nutzen die 2. Stufe, Variante a, und die 3. Stufe zur Transportdokumentation.

15 ANLAGEN

Checkliste ersteintreffendes Einsatzmittel

Checkliste OrgL – Abschnittsleiter RD

Checkliste UAL Erstversorgung

Checkliste Führer Patientenablage

Checkliste UAL Transportorganisation

Checkliste Führer Ladezone

Checkliste UAL Bereitstellungsraum

Übersichtsliste Bereitstellungsraum

Strukturskizze BHP-B 50 NRW Wuppertal

Dokumentationsbogen BHP-B 50 NRW Wuppertal – Eingangssichtung

Dokumentationsbogen BHP-B 50 NRW Wuppertal - Transportorganisation